CONTRIBUTIONS AU TRAITEMENT LOCAL

DES

ARTHRITES FONGUEUSES

PAR LES

INJECTIONS D'ACIDE PHÉNIQUE

DISSERTATION INAUGURALE

présentée

A LA HAUTE FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE STRASSBOURG

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

AUGUSTE KNÖRY

DE NEUCHATEL

NEUCHATEL

IMPRIMERIE DE JAMES ATTINGER

1875

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultæt.
Strassburg, im Mærz 1875.

Ref. Prof. Luecke.

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR Dr LUECKE

TÉMOIGNAGE D'ESTIME ET DE RECONNAISSANCE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552709_0049

L'inflammation chronique des articulations, *l'arthrite fongueuse,* a été de tout temps redoutée par les chirurgiens, tant à cause de la résistance qu'elle oppose à tout traitement, qu'à cause des suites fâcheuses auxquelles elle conduit.

Cette affection consiste en une production exubérante de granulations fongueuses soit de la membrane synoviale, soit de la moelle des os; ces granulations détruisent peu à peu la surface cartilagineuse de l'articulation et, si le processus dure longtemps, se désorganisent et donnent lieu à une suppuration.

Cette affection reconnaît pour causes tantôt le traumatisme, tantôt une prédisposition individuelle pour toute espèce d'inflammations chroniques — prédisposition que l'on désigne sous le nom de scrofulose. La maladie débute généralement d'une façon latente; peu à peu se développent le gonflement de l'articulation, les douleurs spontanées; le membre malade est généralement fléchi, et ne peut plus être employé à cause des douleurs qu'occa-

sionnent les mouvements; plus tard le gonflement augmente de plus en plus, il se produit des abcès tant à l'intérieur qu'autour de l'articulation; ces abcès percent au dehors et donnent lieu à une suppuration qui dure souvent des années. A ces symptômes locaux se joignent la fièvre hectique, puis le dépérissement général des malades — dépérissement qui les conduit souvent à la mort. Quelques fois cependant, quoique rarement, la maladie prend un autre cours, il ne se produit pas de pus, ou si cette production a déjà eu lieu, elle cesse, il se forme une cicatrisation des parties malades; l'affection est guérie, mais la mobilité du membre est détruite; en un mot il s'est développé une ankylose.

Le traitement de cette affection consistait jusque dans ces derniers temps en applications d'un appareil plâtré, de bandes élastiques, d'un appareil d'extension etc.; en un mot, dans une immobilisation complète du membre avec un appareil de compression. Ce traitement ne réussissait que dans les formes les plus légères; pour les plus graves, on employait des révulsifs, tels que saignées locales répétées, application de moxas, etc., — moyens qui généralement ne faisaient qu'affaiblir le patient; enfin le plus fort des révulsifs — la cautérisation à l'extérieur avec le fer rouge, a donné quelquefois de bons résultats, mais le plus souvent cette affec-

tion opiniâtre lui résistait entièrement — il ne restait, pour conserver le membre malade, que la résection de l'articulation, ou bien il se formait une forte suppuration, des fistules, et dans ces cas, pour sauver la vie du malade, il fallait se décider à faire l'amputation du membre atteint.

Une telle insuffisance de notre thérapeutique devait nécessairement conduire à la recherche de nouveaux procédés pour le traitement de cette affection.

Un des progrès de notre chirurgie moderne est certainement celui par lequel on cherche à agir directement sur le siége du mal lui-même — le traitement local dans le vrai sens du mot, et il est certain que plusieurs chirurgiens ont eu l'idée de l'appliquer au traitement des arthrites fongueuses. Ainsi le Dr Julliard[1], chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève, a publié dernièrement les résultats qu'il a obtenus en employant l'ignipuncture proposée par Richet. Cette méthode n'est autre chose que la cautérisation de l'articulation malade au moyen d'une aiguille métallique, chauffée au rouge-blanc ou, comme l'a proposé le Dr Julliard, d'un galvano-cautère. Cet instrument est introduit à différentes reprises dans les parties que l'on veut cautériser. Le Dr Julliard s'explique le

[1] De l'Ignipncture, par le Dr Julliard. Genève, 1874.

mode d'action de l'ignipuncture par le fait que les piqûres causées par l'introduction de l'aiguille produisent une révulsion énergique et donnent lieu à une inflammation de bonne nature qui conduit le processus à la cicatrisation.

Sur treize cas où il a pratiqué l'ignipuncture, ce chirurgien a obtenu sept résultats satisfaisants; dans cinq il ne se produisit point d'amélioration, sauf une diminution de la douleur; un seul cas a donné lieu à une augmentation de la suppuration. Il conseille d'employer l'ignipuncture contre les arthrites suppurées; quant aux arthrites non suppurées, il se décide à l'employer seulement dans le cas où ces affections ont résisté à tout autre traitement.

D'un autre côté, Hueter[1] publia, il y a quelques mois, un autre mode de traitement des arthrites fongueuses. Il propose de faire des injections d'acide phénique dans les articulations atteintes de fongosités et en général dans les tissus enflammés. Il part du principe théorique que l'acide phénique a un effet antiphlogistique tout à fait évident, qui s'explique par le fait que cette substance détruit les petits organismes (monades) qui provoquent l'inflammation, et secondement donne lieu à une « stase globulaire[2] » dans les capillaires, à la suite

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, IV Band, 5 und 6 Heft.
[2] Hueter. Allgemeine Chirurgie. 1873.

de laquelle l'afflux du sang vers la partie enflammée est diminué.

Il rejette entièrement l'emploi de la teinture d'iode, du nitrate d'argent etc., pour ces injections, en disant que ces substances, loin d'arrêter, ne font qu'augmenter l'inflammation.

Quant au degré de concentration de l'acide phénique, Hueter déconseille l'emploi de solutions trop faibles ou trop fortes : les premières au-dessous de 2 % n'ayant plus la propriété de détruire les petits organismes, les secondes au-dessus de 4 % donnant lieu à une « stase globulaire » trop forte. Il emploie la solution de deux pour cent et n'a jamais eu de résultats fâcheux.

Ces injections ne sont pas douloureuses, les enfants les supportent très bien, et la douleur des parties enflammées disparaît généralement très vite, grâce à l'effet anesthésique évident de l'acide phénique.

Il recommande l'emploi de ces injections dans toute espèce de maladies de la peau, telles qu'érysipèle, lupus, ulcérations, etc., et dit avoir eu de très bons résultats.

Un peu plus tard, il se décida à employer ces injections pour le traitement des arthrites fongueuses, en se disant que les granulations ayant une grande tendance à se désorganiser et à produire

du pus, l'acide phénique pourrait arrêter ce processus et amener ainsi le travail de cicatrisation.

Ses premiers essais sur une patiente atteinte d'une arthrite fongueuse du genou et où le processus avait déjà donné lieu à la production de pus, ayant été favorables, il continua l'emploi de ces injections pour le traitement des arthrites fongueuses.

Selon les différents malades, le nombre des injections variait entre 10 et 100. Dans tous les cas, on pouvait constater après quelques jours une diminution du gonflement et de la douleur. Les mouvements devenaient peu à peu plus faciles et Hueter croit pouvoir l'attribuer à la propriété de l'acide phénique, de produire des cicatrices très molles, en guérissant le processus inflammatoire.

Jamais il ne s'est produit d'accidents, jamais ces injections n'ont donné lieu à une suppuration dans l'articulation. Les injections faites par lui dans les os atteints de carie (myélite hyperplastique granuleuse), même dans les cas où ce processus avait donné lieu à la formation de fistules communiquant avec l'extérieur, amenèrent aussi la guérison. Quelque temps après, il publia un nouvel article[1], où il dit que ces injections employées dans les cas de plaies de l'articulation avaient eu beaucoup de succès.

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. V. Band, 1 Heft.

Sans partager les théories de Hueter, que nous ne voulons pas discuter ici ; à la suite de la publication de résultats aussi brillants, nous avons appliqué, d'après le conseil de M. le professeur Lücke, ce traitement aux malades qui se trouvaient à la clinique de chirurgie de la faculté de médecine de Strasbourg.

Avant de commencer l'exposé des observations que nous avons faites au lit du malade, nous dirons quelques mots sur la manière dont nous avons pratiqué ces injections.

Hueter emploie, pour l'introduction de l'acide phénique dans les tissus, un instrument nommé par lui Infuseur. Cet instrument consiste en un tube de verre gradué portant à une de ses extrémités un tube en gomme élastique, auquel s'applique la canule de la seringue de Pravaz. La canule est introduite dans les tissus et le liquide qui se trouve dans le tube de verre entre par sa propre pression dans la partie que l'on veut injecter ; de cette manière le liquide pénètre peu à peu dans les canaux nourriciers des tissus et ne donne pas lieu à une extravasation ou à une déchirure des tissus, comme cela arrive souvent dans l'emploi de la seringue de Pravaz. Pour faciliter l'écoulement du liquide, Hueter emploie une canule ayant plusieurs ouvertures de côté. Cette méthode, très bonne pour faire des injections dans des tissus mous, ne s'est

pas montrée aussi favorable lorsqu'il s'agissait d'injections à pratiquer dans une articulation ou dans un os; car, malgré une longue attente, le liquide ne pénètre pas, la pression étant trop faible. Du reste Hueter l'avoue lui-même et dit avoir eu très souvent recours à la seringue de Pravaz. Quant à nous, l'Infuseur nous ayant paru dès le commencement peu pratique pour les injections dans les articulations, nous nous sommes toujours servis de la seringue de Pravaz, tantôt à canule simple, tantôt à canule à ouvertures multiples.

Pour éviter l'effet nuisible d'une pression trop forte, nous avons toujours fait pénétrer le liquide très lentement.

Quant aux précautions nécessaires pour éviter la suppuration des piqûres, nous avons suivi dans tous les cas, excepté un, la méthode proposée par Hueter; immédiatement après avoir pratiqué l'injection, nous avons appliqué un peu de ouate phéniquée là où l'on avait introduit la canule et fixé cette ouate par une bande de sparadrap. Si, après l'introduction de la canule, il se montrait un peu de sang, nous pratiquions l'injection à un autre endroit pour éviter l'entrée directe de l'acide phénique dans les vaisseaux sanguins.

Quelques observations d'autres médecins qui n'avaient pas obtenu de brillants résultats étant parvenues à Hueter, celui-ci attribua ce peu de

succès en partie à la crainte de ses collègues de faire pénétrer la canule dans l'articulation même et à ce que les injections ont le plus souvent été pratiquées dans le tissu périarticulaire seulement[1].

Nous pouvons dire pour notre compte que nous avons toujours pénétré dans l'articulation, sauf les cas où nous avons introduit la canule avec intention dans l'os malade.

La solution employée par nous est la même que celle de Hueter, c'est-à-dire celle de deux pour cent; dans un seul cas nous avons employé une solution plus forte, à savoir de trois pour cent.

Quant au nombre des injections, nous avons généralement injecté une seringue de Pravaz par jour, c'est-à-dire 0,8 gramme de la solution de deux pour cent; quelques fois seulement, nous les avons faites tous les deux jours.

Nous allons exposer à présent les observations que nous avons faites au lit du malade, puis nous examinerons les résultats obtenus par ce traitement.

Nous avons appliqué ce traitement à douze malades, dont un homme, quatre femmes et sept enfants.

[1] Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. V Band, 1 Heft.

Obs. I. Arthrite fongueuse du coude.

La nommée Thérèse K..., âgée de 9 ans, entre à la clinique de chirurgie le 6 novembre 1874. Il y a six mois, elle tomba sur le coude droit sur un conduit d'eau en pierre ; la douleur qu'elle éprouva disparut cependant bien vite et il ne se montra ni rougeur, ni gonflement.

Au mois de juillet, elle tomba de nouveau sur le même coude et bientôt après l'articulation devint enflée, rouge, douloureuse et peu à peu les mouvements du bras impossibles. On lui appliqua un appareil plâtré, mais il ne s'en suivit aucune amélioration.

Etat actuel. La malade est une enfant de constitution assez faible, mais ne présente aucun symptôme de scrofulose. L'avant-bras droit est fléchi sur le bras, formant un angle de 60° ; le coude présente une rougeur et un gonflement assez forts. La circonférence du coude à l'olécrâne est de 20 cent., au-dessus de 18 et au-dessous de 19 cent. Le coude est très douloureux ; les mouvements actifs ou passifs sont impossibles et les essais de faire mouvoir le bras sont extrêmement douloureux. La malade est forcée de soutenir son bras avec la main gauche.

Nous avons commencé les injections d'acide phénique le 12 novembre 1874 et chaque jour nous avons injecté au moyen de la seringue de Pravaz 0,8 gr. d'une solution du 2 °/₀. Nous avons fait les injections de tous les côtés de l'articulation, mais principalement dans

la région de la tête du radius, vu qu'à cet endroit l'accès était plus facile.

Le 21 novembre. On constate une diminution des douleurs ; la malade est capable de lever le bras sans le soutenir avec l'autre main.

Le 12 décembre. Sans cause connue, la malade a un fort frisson avec élévation de température ; le lendemain pourtant elle se sent très bien et n'a plus de fièvre.

Le 18. Sauf une diminution considérable de la douleur, l'articulation est toujours dans le même état. Les injections sont cessées pour quelque temps et on applique un appareil plâtré.

Le 5 janvier 1875. L'appareil plâtré est enlevé et on constate que le coude est un peu tuméfié. La circonférence à l'olécrâne est de 22 cent., audessus de 19 et au dessous de 21 cent. Les douleurs ne sont pas fortes, les mouvements ne sont possibles que dans des limites très étroites. A la tête du radius on constate une légère fluctuation, on fait la ponction de cette place au moyen de l'appareil de Dieulafoy ; il en sort une très petite quantité de liquide séro-purulent. Nous recommençons à faire chaque jour les injections d'acide phénique.

Le 15. On remarque dans la région de la tête du radius une forte fluctuation et l'on fait une incision ; il en sort un peu de pus et une grande quantité de sang coagulé (trois cuillerées à soupe à peu près). Après l'éloignement du sang coagulé on constate que le coude est moins enflé, de légers mouvements sont

possibles. La plaie est pansée d'après la méthode de Lister.

Le 16. A la pression, il sort encore quelque peu de sang coagulé; les douleurs ont presque entièrement disparu. Nous continuons à faire les injections.

Le 23. Il sort un peu de pus de la plaie.

Le 26. 52e injection d'acide phénique. Le coude est plus enflé qu'auparavant; on sent de nouveau une fluctuation dans la région de la tête du radius.

Le 27. La malade a de la fièvre, se sent mal. Au renouvellement du pansement, on voit qu'il est sorti une certaine quantité de pus de la plaie; à la pression il en sort encore. Les douleurs sont toujours insignifiantes. Point d'injection.

Le 28. L'état général de la malade est mauvais; elle a une forte fièvre (40° c.); il est sorti une grande quantité de pus et une pression exercée de tous les côtés de l'articulation en fait aussi sortir beaucoup. On introduit un morceau de taffetas dans la plaie pour faciliter l'écoulement du pus.

Le 29. La production de pus augmente toujours; on constate la présence d'abcès periarticulaires, mais on n'arrive pas dans l'articulation avec la sonde. Le gonflement du coude a aussi considérablement augmenté.

Le 30. La malade a toujours la fièvre. Les mouvements de l'articulation sont plus faciles qu'auparavant.

Le 1er février. La quantité de pus augmente toujours; la douleur et le gonflement deviennent plus forts. On se décide à faire la résection de l'articulation.

Le 2. Résection de l'articulation par M. le professeur Lücke. La surface cartilagineuse de l'articulation est complétement détruite, les epiphyses des os sont cariées et couvertes de pus ichoreux. Autour de l'articulation, mais surtout près de la tête du radius, de grands abcès periarticulaires.

A l'examen microscopique on ne constate pas de production de tissu cicatriciel; les granulations sont ramollies.

Obs. II. Arthrite fongueuse du coude.

La nommée Victorine B..., âgée de 11 ans, entre à la clinique de chirurgie le 10 novembre 1874. Il y a une année de cela se développa une inflammation avec rougeur et gonflement au pied et au coude gauches. L'affection du pied disparut à la suite d'une immobilisation au moyen d'un appareil plâtré. Pour tout traitement du coude malade, on appliqua un vésicatoire dont l'effet fut nul.

Etat actuel. La malade est une enfant de faible constitution, de nature évidemment scrofuleuse. L'avant-bras gauche est fléchi sur le bras, formant un angle de 60°; le coude est rouge, très douloureux et fortement enflé. La circonférence du coude à l'olécrâne est de 21 cent., au-dessous, de 19 et au-dessus, de 21 cent. Les mouvements actifs ou passifs sont impossibles et les essais de faire mouvoir le bras très douloureux.

Le 20 novembre 1874, nous commençons le traite-

ment par les injections d'acide phénique ; nous injectons chaque jour une seringue de Pravaz de la solution de 2 %.

Le 30. On remarque une légère diminution du gonflement. La circonférence à l'olécrâne est de 20 ½ cent., au-dessus, de 20 et au-dessous, de 19 cent. La rougeur et les douleurs ont considérablement diminué.

Le 4 décembre. On constate que de légers mouvements passifs sont possibles.

Les injections sont continuées jusqu'au 17 ; puis on les cesse pendant un certain temps et le bras est placé dans un appareil plâtré.

Le 5 janvier 1875. A l'ouverture de l'appareil plâtré on constate que le coude est un peu plus tuméfié. La circonférence à l'olécrâne est de 21 ½ cent., au-dessus, de 21 et au-dessous, de 19 cent. Nous continuons à faire les injections chaque jour.

Le 21. Le coude est considérablement enflé et on constate une fluctuation dans la région de la tête du radius. On fait une incision, il en sort un peu de pus et de sang coagulé. Le coude se présente alors beaucoup moins enflé et de légers mouvements sont possibles. La plaie est strictement traitée d'après la méthode de Lister. Nous continuons à faire les injections.

Le 29. Cinquantième injection. Il sort un peu de pus de la plaie ; le coude est passablement enflé et a une consistance assez molle. Les excursions du bras sont possibles à peu près dans un angle de 30°.

Le 30. Il sort toujours du pus de la plaie. On cesse les injections.

Le 3 février. Il sort beaucoup de pus de la plaie, surtout si l'on produit une pression d'un des côtés de l'articulation. On constate une fluctuation autour de toute l'articulation; le coude est très enflé, rouge et douloureux. On se décide à faire la résection de l'articulation.

Le 4. La résection est faite par M. le professeur Lücke. On constate autour de toute l'articulation, mais surtout à la région de la tête du radius (là où ont été pratiquées le plus souvent les injections) de grands abcès periarticulaires.

La surface cartilagineuse de l'articulation est complétement détruite, les epiphyses des os en partie cariées, couvertes de pus ichoreux.

Obs, III. Arthrite fongueuse du genou.

La nommée Marie E...; âgée de 6 ans, est tombée au mois de janvier 1874 sur le genou gauche; peu à peu il s'est développé un gonflement; le genou devint rouge et douloureux. L'affection a été traitée jusqu'à présent par un appareil plâtré, un appareil d'extension et de contre-extension, mais sans résultats.

Etat actuel. Cette enfant est évidemment scrofuleuse. Le genou gauche est enflé, un peu rouge, douloureux à la pression. La circonférence du genou gauche à la rotule est de 25 cent., celle du genou droit est de 23. Les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements passifs très restreints et douloureux. Il existe une subluxation du tibia en arrière du fémur.

Le 20 octobre 1874 nous commençons les injections d'acide phénique ; nous nous sommes servis d'abord de l'infuseur de Hueter, mais comme plusieurs fois le liquide ne pénétrait pas, nous avons eu recours à la seringue de Pravaz. Nous avons injecté chaque jour 0,8 gr. de la solution de 2 %.

Le 2 novembre. La rougeur a presque totalement disparu ; la pression sur le genou n'occasionne pas de douleurs.

Le 14. Application d'un appareil d'extension et de contre-extension pour réduire la luxation.

Le 20. Trentième injection. Le soir, élévation subite de la température ; l'urine ne présente pas de coloration foncée.

Le 21. La malade n'a plus de fièvre. Trente-unième injection.

Le 22. La fièvre recommence, la malade a une légère angine. On ne peut constater aucun changement au genou. Les injections sont cessées.

Le 27. La malade se plaint de douleurs au genou ; celui-ci est devenu un peu plus rouge. Application d'une vessie de glace.

Le 30. Pas de symptômes de maladie interne, l'angine a disparu, mais la fièvre dure toujours et l'état général de la malade est mauvais. Le genou est douloureux et a une couleur de cire.

Au commencement de décembre, la fièvre dure toujours et ne disparaît que vers le 8. L'état général s'améliore peu à peu. Le genou est placé dans un appareil plâtré.

(Voir pour la fièvre la courbe placée à la fin de l'ouvrage).

5 janvier 1875. Le genou présente toujours le même gonflement, mais les douleurs ont disparu. Nous recommençons les injections d'acide phénique. Ces injections sont continuées chaque jour jusqu'au 3 février et ne sont interrompues que lorsque la malade a un peu de fièvre.

Le 3 février on constate que le genou est un peu plus enflé.

Le 4. On sent une fluctuation à la partie supérieure et aux deux côtés de la capsule ; il n'y a pas de rougeur, mais le membre est un peu douloureux et on constate une légère élévation de température au genou. On se décide à ouvrir l'articulation des deux côtés : il sort du pus, du sang coagulé et des granulations ramollies.

Obs. IV. Arthrite fongueuse du genou.

Joseph F..., âgé de 6 ans, entre à l'hôpital le 25 mai 1874. Il est tombé il y a quinze mois sur le genou gauche et peu à peu s'est développé un gonflement ; les mouvements du genou devinrent douloureux. Les douleurs augmentant toujours, les mouvements devinrent impossibles et le genou resta fléchi dans un angle de 100 degrés à peu près.

On lui appliqua une seule fois des sangsues sur le genou, mais sans obtenir de résultats.

Etat actuel. Le malade est un garçon assez grand

pour son âge, un peu anémique. Le genou gauche est beaucoup plus gros que le droit. La circonférence du genou à la rotule est de 26 $^{3}/_{4}$ cent. à gauche et de 23 cent. à droite ; au dessus de la rotule de 25 cent. à gauche et de 21 à droite, au dessous de 24 à gauche et de 20 $^{1}/_{2}$ à droite. La rotule a sa position normale, mais elle est très mobile.

La douleur est surtout forte à la pression de la partie externe de l'articulation. Les essais de tendre l'articulation sont très douloureux et on parvient tout au plus à arriver à un angle de 150°.

On applique une vessie de glace et un appareil d'extension et de contre-extension.

Le 30 mai. L'extension du genou donne de beaux résultats ; il est fléchi en angle de 160° ; le gonflement et les douleurs ont diminué.

Le 4 juin. L'angle est de 170°. La tuméfaction a considérablement diminué ; les douleurs sont insignifiantes.

22 juillet. Le malade n'étant pas assez tranquille, on enlève l'appareil d'extension et on place le genou dans un appareil plâtré.

15 août. Changement de l'appareil plâtré ; le genou est un peu plus tuméfié.

20 octobre. Le genou est enflé, un peu rouge, douloureux au toucher ; les mouvements ne sont pas possibles. On constate une subluxation du tibia en arrière du fémur.

21. Commencement du traitement par les injections d'acide phénique. Les premières injections sont faites

avec l'infuseur de Hueter, mais souvent le liquide ne pénètre pas du tout et nous avons recours à la seringue de Pravaz.

Le 24. On constate une diminution des douleurs ; le malade ne se plaint pas si l'on exerce une légère pression sur son genou. La rougeur a diminué.

Le 25. Le malade a de la fièvre ; point d'injection.

Pendant plusieurs jours le malade se sent mal, il n'a pas d'appétit ; la fièvre dure toujours. L'urine a une légère coloration brune. Nous cessons les injections pendant quelque temps.

Le 29. La fièvre continue toujours sans qu'on puisse constater quoi que ce soit de nouveau au genou ; le malade ne se plaint pas du tout de douleurs dans cette région.

La fièvre dure encore jusque vers le 10 novembre ; sans qu'il soit possible de poser un diagnostic d'une maladie quelconque.

Le 13 novembre. La fièvre ayant cessé depuis quelques jours, nous recommençons les injections d'acide phénique. Le genou est dans le même état qu'il y a deux semaines ; sa circonférence à la rotule est de 24 $^1/_2$ cent. Nous continuons les injections chaque jour et vers le 25 nous constatons que de légers mouvements passifs sont possibles.

Le 11 décembre. Le malade peut se tenir debout un instant.

Le 19. Les injections sont cessées pour quelque temps et le genou est placé dans un appareil plâtré.

Le 6 janvier 1875. A l'éloignement de l'appareil plâ-

tré on constate que le genou présente le même aspect qu'auparavant; sa circonférence à la rotule est de 24 ½ cent., au-dessus de 25 et au-dessous de 21 cent., les douleurs sont minimes.

Nous continuons à faire chaque jour les injections d'acide phénique.

Le 2 février. On constate que le genou est un peu plus fortement enflé.

Le 4. On sent une fluctuation dans la partie supérieure de la capsule. Le genou est considérablement enflé; la partie qui présente la fluctuation n'est ni rouge, ni douloureuse, mais on constate une légère élévation de température. Les mouvements sont devenus un peu plus faciles, mais le patient ne peut pas s'appuyer sur sa jambe malade.

A la suite des mauvais résultats obtenus chez d'autres malades, les injections sont complétement cessées et on applique au genou malade un appareil d'extension et de contre-extension. (Pour la fièvre, voir la courbe à la fin de l'ouvrage).

Obs. V. Arthrite fongueuse du pied,

sur base tuberculeuse (?)

Le nommé Aman D..., âgé de 36 ans, journalier, entre à la clinique de chirurgie le 9 novembre 1874. Jusqu'à l'âge de 32 ans, le patient s'est toujours bien porté. A cette époque, lors du bombardement de la ville, un éclat d'obus le blessa légèrement à la main droite; la guérison s'ensuivit bientôt. Deux mois après, il entre

à l'hôpital où il est traité pendant trois mois pour une pleurésie du côté droit. Au bout de ce temps, il rentre chez lui sans être complétement guéri et reprend son travail.

En 1873, au mois de mars, sa main droite enfle, il continue cependant à travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital. On place d'abord la main dans un appareil plâtré : puis au mois d'octobre on fait la résection partielle de l'articulation. Suppuration prolongée et définitivement amputation au tiers inférieur de l'avant-bras pour arthrite fongueuse de la main au mois d'avril. Au bout de trois semaines, il rentre chez lui guéri. Peu de temps après, il sent la même affection gagner son pied gauche ; un gonflement se montre, puis disparaît, et au mois d'août il ne peut plus marcher qu'à l'aide d'un bâton. Le gonflement et les douleurs augmentant toujours, il entre à l'hôpital.

Etat actuel. Le patient est de constitution peu robuste et a une bronchite suspecte.

On constate un gonflement fluctueux aux deux malléoles. Le centimètre placé au centre des deux malléoles parallélement à la plante du pied, donne 29 cent. de périmètre. Le pied est douloureux, mais il n'y a pas de rougeur ; les mouvements ne sont pas possibles.

Le 13 novembre 1874. Injection de 0,8 gramme d'une solution de 2 % d'acide phénique au-dessous de la malléole externe, une autre de 0,5 gramme devant la malléole interne et une troisième de 0,5 gramme sur la malléole interne.

Le 20. Le malade a eu de la fièvre pendant toute la semaine. On sent une fluctuation au bord inférieur de la malléole externe.

Le 23. Deux injections, chacune de 0,5 gr., l'une devant, l'autre derrière la malléole interne.

Le 25. On aperçoit une rougeur et on sent distinctement une fluctuation derrière la malléole externe; injection d'un gramme devant la malléole.

Le 30. Un abcès s'est produit derrière la malléole externe. On cesse les injections.

Obs. VI. Arthrite fongueuse du genou.

La nommée Marie M..., âgée de 19 ans, servante, entre à la clinique de chirurgie le 20 mai 1874. Elle tomba il y a une douzaine d'années sur le genou droit. Le genou devint un peu enflé, mais comme la patiente ne ressentait point de douleurs, elle n'y fit pas attention. Un mois plus tard, elle s'adressa à un médecin; celui-ci fit appliquer des vésicatoires, mais ce traitement n'amena aucune amélioration. Depuis ce temps-là jusqu'il y a deux ans le genou resta continuellement dans le même état, un peu enflé, mais non douloureux; les mouvements n'étaient gênés en rien. Depuis deux ans, sans que la patiente puisse savoir à quelle cause l'attribuer, le genou devint douloureux et les mouvements ne furent possibles que dans des limites très restreintes; en marchant, elle devait toujours traîner son pied droit.

Etat actuel. La patiente est de taille moyenne, de

constitution assez forte, un peu anémique. Les muscles de la jambe droite sont un peu atrophiés en comparaison de ceux de la gauche. Toute la région de l'articulation est fortement gonflée ; la plus grande circonférence est de 38 cent., aux condyles elle est de 37 cent. Le genou est fléchi en angle de 100°. Point de rougeur ni d'élévation de température à constater.

Au mois de juin, on fit une ponction de l'articulation avec l'appareil de Dieulafoy : il n'en sortit qu'une très petite quantité de synovia.

Pendant les mois de juillet et d'août, on applique un appareil d'extension et le genou fut comprimé par des bandes élastiques. A la suite de ce traitement les douleurs et la tuméfaction diminuèrent un peu.

En septembre et octobre le, genou fut placé dans un appareil plâtré.

Le 20 octobre nous commençons les injections d'après Hueter; chaque jour nous injectons une seringue de Pravaz de la solution de 2 % d'acide phénique.

Le 27. On constate une diminution considérable de la douleur. Le soir, élévation subite de la température à 40°,2 et violent frisson ; quelques heures après, commencement des règles. Pendant les quelques jours que durent les règles point d'injections.

Le 5 novembre. Après la douzième injection, nouvelle élévation de la température à 40°,4 avec frisson ; on ne remarque rien de particulier au genou ; l'urine a sa couleur normale. La fièvre dure jusqu'au 8 novembre et pendant ce temps nous ne faisons pas d'injections.

Le 12. La fièvre recommence de nouveau, disparaît pour quelques jours, puis revient encore ; les injections ne sont répétées que tous les deux jours.

Le 11 décembre. La malade essaie de se lever, mais elle ressent encore des douleurs dans le genou et ne peut pas marcher.

Le 20. Les injections sont cessées pour quelque temps.

Le 5 janvier 1875. L'état du genou est absolument le même qu'au commencement du traitement ; aussi nous décidons-nous, d'après le conseil de M. le professeur Lücke, à faire des injections de teinture d'iode dans l'articulation ; nous espérions par là amener une destruction des granulations et une rapide production de cicatrices. Nous avons injecté chaque jour d'un quart jusqu'à une demi-seringue de Pravaz de teinture d'iode.

Le 8. Aucune réaction ne s'est produite après la première injection ; les douleurs ne sont pas très fortes.

Le 13. La patiente se plaint de sentiment de brûlure dans l'articulation.

Le 18. Les douleurs ont considérablement augmenté ; les moindres essais de mouvements sont extrêmement douloureux. Les injections de teinture d'iode sont cessées et on applique sur le genou une vessie de glace.

Les douleurs diminuent un peu et le 21 nous recommençons les injections d'acide phénique.

Le 26. Les douleurs ayant encore diminué, la patiente se lève de temps en temps.

Le 4 février. La tuméfaction est toujours telle qu'elle était au commencement du traitement ; on peut en dire autant de la mobilité ; il n'y a que les douleurs qui aient un peu diminué, mais en général on ne constate aucun progrès à la suite de ce traitement et les injections sont cessées à la suite des mauvais résultats obtenus chez d'autres malades. (Pour la fièvre, voir la courbe à la fin de l'ouvrage).

Obs. VII. Arthrite fongueuse du pied.

La nommée Catherine F..., âgée de 32 ans, entre à la clinique de chirurgie le 6 novembre 1874. Elle dit avoir remarqué à Noël 1873 une tuméfaction dans la région de l'articulation du pied droit ; cette tuméfaction se prolongeait jusque dans les doigts du pied, ce qui l'empêchait complétement de marcher. Elle ne sait à quelle cause attribuer cette maladie. Elle garda le lit pendant un mois, à la suite de quoi la tuméfaction diminua et elle put un peu marcher. Les douleurs étaient très minimes. Il y a six semaines, après ses couches, elle remarqua que le pied avait considérablement désenflé, mais depuis quinze jours la tuméfaction a de nouveau augmenté et la patiente se plaint de douleurs dans l'articulation.

Etat actuel. La patiente est de taille moyenne, de constitution assez faible. Le pied droit est dans une position de varus. La région de l'articulation tibio-tarsienne est gonflée. A la malléole externe, on constate une forte tuméfaction qui présente de la fluctuation ;

la peau au-dessus est un peu rouge; une tuméfaction un peu moins grande se trouve à la malléole interne. Le centimètre placé autour des malléoles parallélement à la plante du pied donne 26 cent. de périmètre. La pression est douloureuse, surtout dans la région de la malléole externe. Les mouvements de flexion et d'extension sont assez libres et n'occasionnent pas de douleurs; les mouvements de côté sont beaucoup plus restreints et douloureux.

Le 12 novembre. Ponction à la malléole externe. Il sort environ 10 à 15 grammes de pus de bonne nature.

Le 13. Nous commençons les injections d'acide phénique; chaque jour nous injectons une seringue de Pravaz d'une solution de 3 %.

Le 23. L'urine présente une coloration brun foncé; cette coloration dure trois jours et pendant ce temps nous ne faisons pas d'injection.

Le 28. On sent une fluctuation derrière la malléole externe; on fait une incision : il en sort un peu de pus mêlé de sang. Pas d'injection.

Le 30. Les douleurs ont passablement diminué; la quantité de pus augmente.

Le 2 décembre. Sauf une légère diminution de la douleur, on ne constate aucun progrès à la suite de ce traitement; nous essayons ici aussi de faire des injections de teinture d'iode.

Le 3. Première injection de 0,3 gramme de teinture d'iode.

Le 4. Pas de réaction. Nous injectons chaque jour de 0,5 gr. à 1,0 gr. de teinture d'iode dans l'articulation.

Le 7. On constate que la tuméfaction est devenue beaucoup plus dure, plus résistante. On applique un appareil plâtré pour corriger la position du pied varus; cela réussit jusqu'à un certain point et ces manipulations ne sont pas du tout douloureuses.

Nous continuons toujours à faire des injections.

Le 12. Le pied paraît un peu plus enflé; la malade se plaint de sentiment de brûlure dans l'articulation. Pas d'injection.

Le 18. La partie antérieure du pied n'est plus du tout tuméfiée; la partie postérieure laisse sentir une capsule très hypertrophiée.

Le 19. Les injections sont cessées pour quelque temps et le pied est placé dans un appareil plâtré.

Au commencement de janvier 1875, la malade se plaint de douleurs dans l'articulation et dans la région du tendon d'Achille. On constate derrière la malléole externe une fluctuation, on fait une incision qui donne issue à une petite quantité de pus et de sang.

Le 5. Il sort du pus de la plaie. Seizième injection de 0,5 gr. de teinture d'iode.

Depuis le 6 au 11, le pied et surtout sa partie postérieure enfle considérablement; les douleurs deviennent très fortes; il sort une grande quantité de pus ichoreux; au moyen de l'exploration digitale on constate que l'astragale est carié et en partie détruit.

Le 11. La malade est amputée au tiers inférieur de la jambe. A l'examen anatomique du pied, on constate que l'articulation tibio-tarsienne n'est pas malade, tandis que la surface articulaire entre l'astragale et le cal-

canéum est détruite, couverte de pus. Autour du tendon d'Achille on trouve un grand abcès. Les autres articulations ne sont pas atteintes.

L'examen microscopique montre une carie de la surface articulaire de l'astragale et du calcanéum; point de formation de tissu conjonctif.

Obs. VIII. Polyarthrite chronique.

La nommée Catherine R..., âgée de 34 ans, blanchisseuse, date sa maladie depuis une année, où à la suite d'un refroidissement, elle ressentit des douleurs dans les deux genoux; les deux articulations devinrent très enflées; on lui appliqua des ventouses et environ deux mois après l'affection disparut, puis se montra bientôt après aux articulations des deux pieds et des deux mains.

L'articulation de la main droite surtout était très enflée et douloureuse. Elle se fit de nouveau appliquer des ventouses, mais cette fois sans résultats; elle ne pouvait plus continuer son travail. Elle s'adressa à la Policlinique de médecine, où on lui conseilla de mettre des vésicatoires; le résultat n'ayant pas été favorable, elle vint demander conseil à la Policlinique de chirurgie.

Etat actuel. L'articulation de la main droite est tuméfiée à sa partie dorsale, ainsi qu'aux deux apophyses styloïdes. La mobilité est très minime, la rougeur insignifiante. La pression sur les parties enflées est très douloureuse. A la main gauche et aux deux pieds, on constate seulement une légère tuméfaction.

Le 19 octobre, nous commençons les injections d'acide phénique; nous ne les faisons que dans la main droite. Nous injectons chaque jour un gramme de la solution de 2 %, d'abord au moyen de l'infuseur, puis avec la seringue de Pravaz.

Le 31. Après la douzième injection, on constate seulement une diminution de la douleur; le gonflement est toujours le même.

Depuis, la patiente n'est plus revenue à la clinique, et nous ne savons rien des suites de sa maladie.

Obs. IX. Arthrite du pied.

La nommée Louise H..., âgée de 21 ans, entre à la clinique de chirurgie le 10 décembre 1874. Vers le milieu de novembre 1873, lors d'une visite à la tombe de son père, la patiente s'endormit sur la terre froide et humide et y resta pendant plusieurs heures. Quinze jours après elle ressentit des douleurs dans toutes les articulations de la partie gauche du corps et remarqua que les mouvements étaient devenus difficiles. Quelque temps après, cette affection disparut du côté gauche pour apparaître au côté droit. La patiente se soigna, employa des frictions et six semaines après l'affection disparut à quelques articulations, mais resta au coude, au genou et au pied. Ces articulations étaient fortement tuméfiées, douloureuses et rigides; le bras et le genou étaient fléchis. Après quatre semaines à peu près, disparut encore l'affection du genou. Deux mois plus tard

suivit la guérison de l'affection du coude avec ankylose et flexion de l'avant-bras sur le bras.

Le 4 août, on chloroforma la patiente et on fit l'extension forcée du bras; les douleurs et la tuméfaction qui s'ensuivirent disparurent bientôt.

L'affection du pied se trouvait toujours dans le même état, lorsqu'il y a quinze jours la patiente fit une chute sur le pied malade en descendant un escalier. Les douleurs devinrent très fortes, la rougeur et la tuméfaction augmentèrent aussi et la malade ne put plus marcher.

Etat actuel. La patiente est de taille moyenne, de constitution assez robuste. Le pied droit est enflé dans la région des deux malléoles; la circonférence du pied autour des malléoles est à droite de 27, à gauche de 25 centimètres. Le pied est rouge, douloureux à la pression.

Les mouvements passifs sont minimes, les mouvements actifs impossibles.

Le coude droit est tendu, il n'y a ni rougeur, ni gonflement, ni douleur à constater; l'ankylose est complète.

Le 12 décembre. Nous commençons le traitement de l'affection du pied en faisant chaque jour une injection d'une seringue de Pravaz de la solution de 2 % d'acide phénique.

Le 16. On constate que la rougeur a un peu diminué et que le pied n'est plus aussi sensible à la pression.

Le 19. Les injections sont cessées pour quelque temps et le pied est mis dans un appareil plâtré.

Le 5 janvier 1875. L'état du pied est le même qu'auparavant. Nous continuons à faire les injections.

Le 21. Vingt-quatrième injection. La patiente n'a plus de douleur, la rougeur a disparu et le gonflement a diminué.

Il n'y a plus lieu de faire les injections, mais on ne peut pas juger du résultat, car la patiente doit garder le lit, vu qu'on lui a fait la résection de l'articulation du coude.

Nous croyons complétement inutile de publier les quelques observations que nous avons faites en injectant de l'acide phénique aux trois autres enfants. Le nombre des injections a été très restreint et il a fallu les cesser à la suite des mauvais résultats obtenus chez les autres enfants.

Maintenant, après avoir exposé les observations faites au lit du malade, nous allons examiner les résultats que nous avons obtenus.

Pour les conclusions que nous avons à tirer, il nous faut exclure deux cas de personnes adultes, traitées par les injections d'acide phénique. 1° (Obs. VIII.) Celui où il s'agissait d'une polyarthrite, peut-être ayant la syphilis pour base, où aucun résultat n'a été obtenu et où la patiente n'a pas voulu continuer le traitement. 2° (Obs. IX.) Celui où la malade n'était pas venue à la clinique à cause de son

ancien mal, mais à cause d'une récidive qu'elle s'était attirée à la suite d'une chute. Le pied était gonflé, douloureux et rouge; quelque temps après avoir pratiqué les injections d'acide phénique, ces symptômes disparurent. Mais sommes-nous en droit d'attribuer cela à l'effet de cet acide? Nous croyons au contraire qu'il n'y a pas de raison de le faire, vu que dans les cas récents comme celui-ci, le repos et l'immobilisation conduisent généralement au même résultat. Que l'acide phénique ait diminué les douleurs, nous pouvons le reconnaître par analogie avec les autres cas, mais nous n'avons aucune raison d'attribuer ou de ne pas attribuer la guérison à ces injections; aussi ne pouvons-nous pas utiliser ce cas pour nos conclusions.

Avant tout, nous avons à constater dans tous les cas une diminution immédiate des douleurs, ce qui provient, d'après toutes les probabilités, de l'effet anesthésique de l'acide phénique. Mais c'est aussi le seul symptôme qui se soit montré régulièrement chez tous les patients; pour les autres, nous devons distinguer la marche de la maladie chez les enfants et chez les adultes. En examinant la marche de l'affection pendant le traitement à l'acide phénique des deux enfants, atteints d'arthrite du coude, nous voyons qu'elle est absolument la même chez les deux. Dès le commencement, nous constatons une diminution de la douleur, puis de la rougeur; quant

au gonflement, il n'a pas subi de diminution; au contraire, dans les deux cas nous voyons à un moment donné la tuméfaction augmenter, une fluctuation se montrer aux environs de la tête du radius. Chez les deux l'incision donne issue à un peu de pus et à une certaine quantité de sang coagulé[1]; en même temps on constate que les mouvements sont beaucoup plus libres; chez les deux, malgré le pansement le plus soigné d'après Lister, nous constatons augmentation de la suppuration dans l'articulation ainsi que dans le tissu périarticulaire.

Chez les deux autres enfants, atteints d'arthrite du genou, nous constatons dès le commencement une diminution des douleurs; puis le processus reste stationnaire pendant longtemps; ensuite il se montre une légère augmentation de la mobilité qui correspond ici aussi à une augmentation du gonflement et à une fluctuation, qui permet de diagnostiquer la présence de pus dans l'articulation (ce qui dans un cas a été confirmé par l'ouverture de l'articulation).

Comment nous expliquer ces faits? Nous croyons que l'acide phénique introduit dans l'articulation agit d'abord comme anesthésique, puis après un certain temps, il joue le rôle d'un excitant et peu à peu amène la suppuration.

[1] Ce sang coagulé est dû probablement à ce qu'en introduisant la canule, il se produisait quelquefois de petites hémorrhagies dans les tissus.

ancien mal, mais à cause d'une récidive qu'elle s'était attirée à la suite d'une chute. Le pied était gonflé, douloureux et rouge; quelque temps après avoir pratiqué les injections d'acide phénique, ces symptômes disparurent. Mais sommes-nous en droit d'attribuer cela à l'effet de cet acide? Nous croyons au contraire qu'il n'y a pas de raison de le faire, vu que dans les cas récents comme celui-ci, le repos et l'immobilisation conduisent généralement au même résultat. Que l'acide phénique ait diminué les douleurs, nous pouvons le reconnaître par analogie avec les autres cas, mais nous n'avons aucune raison d'attribuer ou de ne pas attribuer la guérison à ces injections; aussi ne pouvons-nous pas utiliser ce cas pour nos conclusions.

Avant tout, nous avons à constater dans tous les cas une diminution immédiate des douleurs, ce qui provient, d'après toutes les probabilités, de l'effet anesthésique de l'acide phénique. Mais c'est aussi le seul symptôme qui se soit montré régulièrement chez tous les patients; pour les autres, nous devons distinguer la marche de la maladie chez les enfants et chez les adultes. En examinant la marche de l'affection pendant le traitement à l'acide phénique des deux enfants, atteints d'arthrite du coude, nous voyons qu'elle est absolument la même chez les deux. Dès le commencement, nous constatons une diminution de la douleur, puis de la rougeur; quant

au gonflement, il n'a pas subi de diminution; au contraire, dans les deux cas nous voyons à un moment donné la tuméfaction augmenter, une fluctuation se montrer aux environs de la tête du radius. Chez les deux l'incision donne issue à un peu de pus et à une certaine quantité de sang coagulé[1]; en même temps on constate que les mouvements sont beaucoup plus libres; chez les deux, malgré le pansement le plus soigné d'après Lister, nous constatons augmentation de la suppuration dans l'articulation ainsi que dans le tissu périarticulaire.

Chez les deux autres enfants, atteints d'arthrite du genou, nous constatons dès le commencement une diminution des douleurs; puis le processus reste stationnaire pendant longtemps; ensuite il se montre une lègère augmentation de la mobilité qui correspond ici aussi à une augmentation du gonflement et à une fluctuation, qui permet de diagnostiquer la présence de pus dans l'articulation (ce qui dans un cas a été confirmé par l'ouverture de l'articulation).

Comment nous expliquer ces faits? Nous croyons que l'acide phénique introduit dans l'articulation agit d'abord comme anesthésique, puis après un certain temps, il joue le rôle d'un excitant et peu à peu amène la suppuration.

[1] Ce sang coagulé est dû probablement à ce qu'en introduisant la canule, il se produisait quelquefois de petites hémorrhagies dans les tissus.

L'augmentation du gonflement et la diminution de sa consistance correspondent à une plus grande mobilité dans l'articulation ; ce fait peut être attribué avec raison à une accumulation de pus dans l'articulation, qui naturellement laisse un champ plus libre aux mouvements ; ensuite la diminution du frottement détermine celle de la douleur.

Les trois cas auxquels nous avons eu à faire chez les adultes étaient de nature tout à fait différente.

L'un (obs. V) avait une arthrite probablement sur base tuberculeuse, et après quelques injections il se produisit des abcès autour de l'articulation. Peut être ces abcès sont-ils dus à ce que, dans ce cas, nous n'avons pas pris la précaution de couvrir la piqûre d'un petit pansement protecteur, peut-être sont-ils survenus plus tôt à la suite d'une disposition particulière de l'individu ; le fait est que ce mode de traitement, ayant favorisé la suppuration, a dû être cessé de suite.

L'autre (obs. VI) était une arthrite du genou de longue date, traitée depuis longtemps sans succès, et ici l'acide phénique se montre tout aussi impuissant que les autres méthodes de traitement: sauf une diminution des douleurs, aucun changement, aucun progrès. Nous avons alors essayé d'injecter de la teinture d'iode, dont nous parlerons plus loin. Le traitement d'iode ayant dû être arrêté, nous recommençons les injections d'acide phénique ; cel-

les-ci amènent immédiatement une diminution des douleurs qui avaient augmenté à la suite des injections de teinture d'iode. Mais aucune amélioration ne se produisit et ces injections durent être cessées, tant à cause de leur inefficacité qu'à cause du danger qui s'en est suivi chez d'autres malades.

Il nous reste encore à examiner le cas de l'observation VII. Il s'agit d'une arthrite du pied et dès le commencement on peut constater que l'affection a atteint les os et que nous avons à faire à une carie.

Malgré une solution plus forte employée pour ces injections, il ne se produisit, sauf comme toujours diminution de la douleur, aucun changement. Nous essayons alors le traitement par les injections de teinture d'iode.

Pendant tout le temps du traitement, nous n'avons pas eu d'accidents à constater; deux ou trois fois seulement l'urine du malade présentait une coloration foncée, qui disparaissait si l'on cessait les injections pendant deux ou trois jours.

Sauf trois cas dont nous allons parler, les malades n'ont pas eu de fièvre et leur état général était satisfaisant. Les trois cas qui ont présenté une fièvre plus ou moins continue dès le commencement du traitement sont ceux des obs. III, IV et VI.

Les causes de la fièvre nous sont restées complétement inconnues; il ne s'agissait pas d'une

maladie interne, et quant au processus local on pouvait constater dans un cas (obs. III) une augmentation des douleurs dans l'articulation, dans les deux autres le membre malade ne présentait aucun changement. Les injections ayant été abandonnées, la fièvre disparut dans le courant de deux semaines.

Peut-être le frisson et la fièvre ont-ils eu pour cause l'introduction fortuite d'un peu d'acide phénique dans une veine; nous ne voulons pas émettre d'hypothèses là-dessus, car nous n'avons pas assez de données.

Les piqûres produites par l'introduction de la canule étaient complétement fermées le jour suivant. Dans un seul cas (obs. II) elles ont donné lieu quelques fois à une suppuration. Le lendemain de l'injection on remarquait à la piqûre un point blanc le jour suivant, ce point perçait, donnait issue à quelques gouttes de pus et quelques jours après la piqûre était cicatrisée; mais jamais ces piqûres n'ont donné lieu à la production de fistules.

Ainsi d'après les résultats obtenus par le traitement des arthrites fongueuses nous sommes bien loin d'avoir obtenu les beaux succès de Hueter; dans quelques cas, ces injections se sont montrées complétement inefficaces, dans d'autres — ce qui est beaucoup plus sérieux et ce que Hueter nie entièrement — le mal a empiré, il s'en est suivi une suppuration dans l'articulation; enfin, nous n'avons

pas de cas de guérison à enregistrer, car celui dont nous avons parlé plus haut ne peut être directement attribué à l'acide phénique.

Du reste, ces résultats ne devraient pas nous étonner, car les injections d'acide phénique dans les cas d'érysipèle, faites à la clinique de chirurgie, ont souvent donné lieu à une production d'abcès.

Maintenant, est-ce à l'acide phénique même que l'on doit attribuer la production de ces abcès? Sous ce rapport les observations que nous avons faites nous permettent de donner une réponse affirmative. Nous voyons en effet la suppuration se développer chez différents malades de la même manière et sans qu'une autre cause ait pu y contribuer.

L'explication du fait est plus difficile.

Les propriétés désinfectantes de l'acide phénique sont connues et on a souvent constaté une diminution de la suppuration dans les plaies, traitées à l'acide phénique.

Nous croyons cependant qu'en introduisant pendant longtemps cette substance dans les mêmes tissus, elle y joue le rôle de corps étranger et donne lieu peu à peu à une irritation, qui peut conduire à une inflammation suppurative.

A l'examen microscopique, nous n'avons jamais pu constater de production de tissu cicatriciel, ni même de tissu conjonctif de formation nouvelle; les granulations étaient en grande partie ramollies.

Ainsi, en terminant, nous pouvons affirmer que le traitement des arthrites fongueuses par les injections d'acide phénique, tel que l'a proposé Hueter, est loin de produire de bons résultats, et que souvent il est dangereux, car il conduit plus rapidement le processus à la suppuration.

Telles sont les conclusions auxquelles nous arrivons, après avoir exposé nos observations sur ce traitement, que nous avons commencé non de parti pris pour le rejeter, mais je dirai presque avec la conviction d'avoir de bons résultats, et qui malheureusement a eu de tout autres suites.

Avant de terminer, nous dirons encore quelques mots sur les injections de teinture d'iode que nous avons pratiquées dans deux cas. Nous avons employé les injections de teinture d'iode espérant par là amener une inflammation adhésive et une prompte cicatrisation des parties malades.

Dans le premier cas (obs. VII), on pouvait constater dès le commencement une diminution considérable de la tuméfaction; celle-ci prit une consistance beaucoup plus dure et nous espérions déjà avoir atteint un bon résultat, lorsqu'il se produisit de grands abcès aux environs de l'articulation et du tendon d'Achille; la malade fût amputée au tiers inférieur de la jambe. La surface articulaire est complétement détruite et au microscope on ne constate point de formation de tissu cicatriciel —

les résultats que nous espérions obtenir ne se sont pas produits. Il est vrai que l'articulation était déjà en partie détruite par la carie des os dès le commencement du traitement.

Dans l'autre cas (obs. VI), où nous avons pratiqué ces injections, on constate immédiatement une augmentation considérable de la douleur, plus tard la fièvre vient aussi compliquer la maladie, et nous devons cesser les injections de crainte de produire une très forte inflammation aiguë.

Ainsi les résultats, quoique très incomplets, avec la teinture d'iode, n'ont pas eu de meilleurs succès que ceux avec l'acide phénique, et nous les envisageons aussi comme dangereux.

Les résultats obtenus par nous ont tous un caractère négatif et nous devons nous demander à présent : le *traitement local* des arthrites fongueuses est-il à rejeter ou non ? Nous croyons que non, nous croyons que ce traitement, soit sous la forme de l'ignipuncture, soit sous la forme d'injections d'autres substances peut être plus capables d'arrêter le processus morbide, parviendra à avoir de meilleurs résultats. Peut être même l'emploi de l'acide phénique dans une concentration plus forte et à de plus petites doses aura-t-il un meilleur effet, — nous laissons cela à de futures recherches.

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'exprimer notre sincère reconnaissance à M. le professeur

Lücke pour tous les conseils et directions qu'il a bien voulu nous donner, et de remercier MM. les assistants de la clinique de chirurgie de Strasbourg, Docteurs Girard et Sonnenburg, pour le concours qu'ils nous ont prêté pendant nos expériences.

TABLEAU

DES

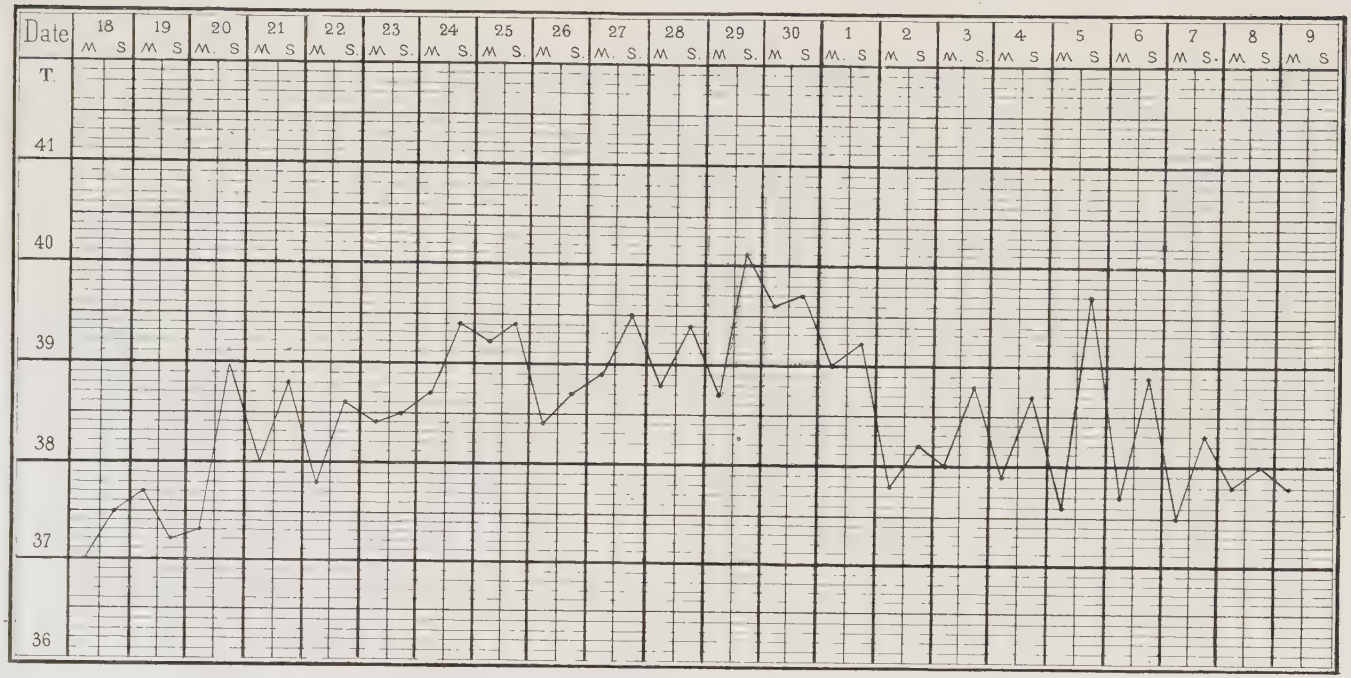
Résultats obtenus par les injections intraarticulaires d'acide phénique.

Noms des malades	Age	Affection	Nombre des inject.	Résultats
1. Thérèse K.	9	Arthrite fongueuse du coude	52	Suppuration.
2. Victorine B.	11	Arthrite fongueuse du coude	50	Suppuration.
3. Marie E.	6	Arthrite fongueuse du genou	57	Suppuration.
4. Joseph F.	6	Arthrite fongueuse du genou	68	Suppuration.
5. Amand D.	36	Arthrite fongueuse du pied	6	Suppuration.
6. Marie M.	19	Arthrite fongueuse du genou	57	Aucune amélioration.
7. Catherine F.	32	Arthrite fougueuse du pied	16	Aucune amélioration.
8. Catherine R.	34	Polyarthrite	12	Aucune amélioration.
9. Louise H.	21	Arthrite du pied	24	Guérison?,

Obs. III. Marie E..... âgée de 6 ans.

Novembre 1874. Arthrite fongueuse du genou.

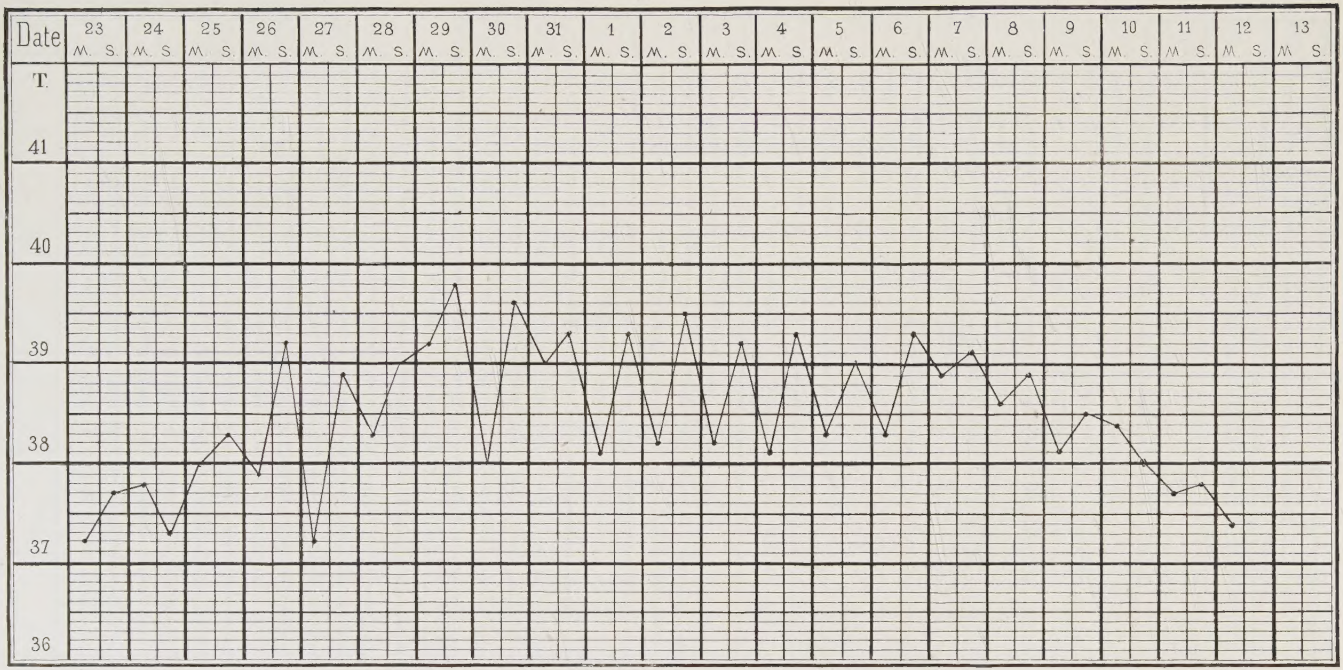
Décembre.

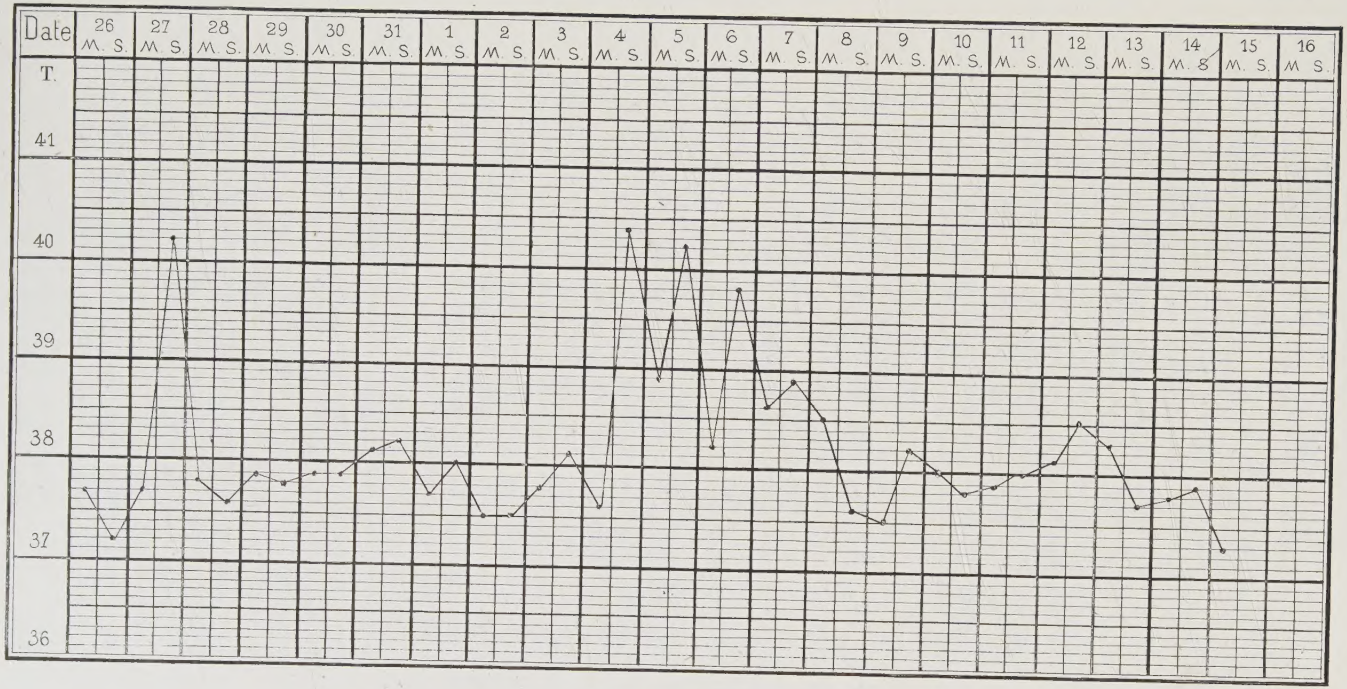


Obs. IV. Joseph F..... âgé de 6 ans.

Arthrite fongueuse du genou.

Octobre. *Novembre.*



Obs. VI. Marie M..... âgée de 19 ans.

Arthrite fongueuse du genou.